

Clinica de balneofizioterapie și reabilitare (cond.: conf. dr. L. Birek, doctor în medicină) și Clinica de neurochirurgie (cond.: prof. dr. T. Andrásowszky, doctor-docent, medic emerit) din Tîrgu Mureș

POSSIBILITĂȚI ȘI LIMITE ALE FIZIOTERAPIEI ÎN LOMBOSCIATICA VERTEBRALĂ

dr. Z. Rákosfalvy, dr. L. Birek, dr. Livia Rákosfalvy, dr. I. Mocanu,
dr. Irina Nagy, dr. P. Nagy

Ne-am propus să analizăm prin metode cât mai obiective, posibilitățile fizioterapiei în reabilitarea bolnavilor de lombosciatică. În acest scop am urmărit evoluția intraspitalicească la 100 de bolnavi. Din complexul problemelor pe care le ridică procesul terapeutic al acestei maladii în prezenta lucrare vom analiza doar patru:

- metode pentru evaluarea cât mai obiectivă a gradului de gravitate și a rezultatelor, eliminînd elementul subiectiv;
 - metodele terapeutice cele mai eficiente;
 - eficiența tratamentului după gravitatea și stadiul bolii;
 - factorul timp și relația lui cu rezultatele obținute imediat.
- Toți bolnavii din lot au prezentat concomitent un sindrom vertebral

și unul radicular. Pentru diagnosticul pozitiv ne-am folosit de criteriile lui Gross (3), după care hernia de disc este „sigură“ în prezența simultană a sindroamelor vertebrale și radiculare nete, „probabilă“ cînd la un sindrom vertebral se adaugă cel puțin două simptome radiculare și „eventuală“, cînd la un sindrom vertebral se asociază un simptom radicular. În fig. nr. 1 prezentăm cazurile după aceste criterii.

Metoda noastră terapeutică are două etape principale:

1. Pregătirea pentru elongația subacvală, prin următoarea succesiune de medicație și de proceduri: antialgice și antiinflamatoare, decontractante musculare (cloroxazon, mydocalm, fenilbutazon, ketazon etc.), curenți diadinamici, ionizări cu novocaină, cu salicilați, cu alindor, priessnitz, împachetări umede, raze infraroșii, parafină, masaj.

2. Elongația subacvală în poziție verticală (metoda lui Moll — 1) și gimnastica medicală. Criteriul obiectiv al începerii elongației subacvale este cedarea sau diminuarea evidentă a contracturii musculare paralombare. Elongația subacvală constituie de fapt — prin metoda amintită — particularitatea terapiei în clinica noastră.

În scopul evaluării cît mai obiective a gradului de gravitate, precum și a rezultatelor obținute am folosit o codificare personală (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

CODIFICAREA SIMTOMELOR L.-S.

<u>Simptome subiective</u>	<u>Cod</u>	<u>Simptome obiective radiculare</u>	<u>Cod</u>
Durere spontană	4	Laségue sau echivalenți:	
Durere provocată de anumite poziții	1	controlateral	30
Parestezii	1	bilateral	20
Hipestezie	3	sub 45°	15
		peste 45°	10
SIMTOME OBIECTIVE VERTEBRALE			
Contractură musculară		Abolirea reflexelor achiliene și rotuliene	15
cu scolioză	3		
fără scolioză	2	Pareză	15

Maximum 7—10

Maximum 40—75

Codificarea noastră se bazează pe următoarele criterii:

a) *Criteriul dominanței simptomatologiei obiective.* Simptomele subiective, precum și cele care pot fi ușor „însușite“ de bolnav au primit coduri mici. De exemplu durerea, deși este motivul cel mai frecvent al internării, a primit un cod maxim de 4.

b) *Criteriul rezistenței simptomelor la tratament.* Simptomele rezistente la tratament în general primesc un cod de peste 10, iar cele mai ușor influențabile coduri sub 10, pînă la maximum 4 coduri. Se cunoaște astfel

că în general contractura musculară este ușor influențabilă și prin simplul repaus la pat, pe când pareza sau abolirea reflexului ahilian sînt foarte rezistente la tratamentele obișnuite.

c) *Criteriul strict calitativ al codificării.* Un simptom o dată prezent, primește același cod indiferent de intensitatea semnalată de bolnav. Am considerat că numai cu renunțarea voită la unele nuanțe de finețe se poate obține un tablou clar și mai ales se poate găsi un limbaj comun. De ex.: reflexul ahilian sau pareza (forța musculară scăzută) ori sînt prezente, ori sînt absente.

d) *Criteriul facilitării de apreciere a gravității.* Pentru acest scop codurile au fost în așa fel calculate, încît o singură privire asupra cifrei ne oferă o orientare asupra gravității. De ex. un cod sub 10 poate însemna, pe lîngă o durere localizată sau o contractură, doar maximum parestezii. Între 10 și 20 înseamnă un simptom cu cod mare și cel mult 1—2 cu coduri mici etc.

e) *Criteriul facilitării interpretării rezultatelor.* Un cod 0 înseamnă că bolnavul părăsește clinica fără nici un simptom. Între „1 și 3“ înseamnă maximum unu sau două simptome vertebrale localizate, fără durere spontană. Am considerat ca rezultate terapeutice foarte bune cele între 0 și 3, satisfăcătoare între 3 și 10 (deci fără simptome majore; Laségue, pareză etc.), iar cele peste 10 le-am considerat ca nesatisfăcătoare.

Alte precizări în legătură cu codificarea propusă.

Am ținut cont de faptul că, cu excepția parezei și a areflexiei, simptomele izolate sînt „neîntîlnite“ (5). Totuși pentru o interpretare mai precisă, pe lîngă coduri se poate indica în paranteză și numărul simptomelor persistente.

Cifrele de cod au fost calculate printr-un fel de numitor comun, așa încît la aprecierea rezultatelor să se poată diferenția gravitatea după felul leziunii. De ex.: cunoscînd că durerea spontană în regiunea lombară în poziția de repaus nu apare izolată, fără un alt simptom vertebral sau radicular, la interpretarea rezultatelor vom ști că un cod „4“ nu înseamnă durere spontană, ceea ce ar fi un rezultat negativ, ci doar o durere localizată sau provocată, însoțită de scolioză sau contractură musculară.

Codificarea ca metodă permite prelucrarea statistică rapidă a unei cauzistici mari, dar mai ales facilitează „intercomunicarea“ medicală, problemă de o mare actualitate, dat fiind numărul enorm al metodelor terapeutice folosite în această boală.

În vederea eliminării subiectivismului în aprecierea rezultatelor noastre, 24 din cazurile cu indicație operatorie absolută (cercuri albe pe fig. 2 B și 2 C) au fost urmărite în colaborare cu Clinica de neurochirurgie (prin dr. P. Nagy, a cărui contribuție a fost foarte însemnată).

Rezultate și discuții

Codificarea folosită permite reprezentarea grafică simultană a parametrilor urmăriți (fig. nr. 2 A: B; și C). Din analiza acestei figuri, reies în mod evident următoarele:

Prin metoda terapeutică descrisă mai sus, am obținut ameliorări evi-

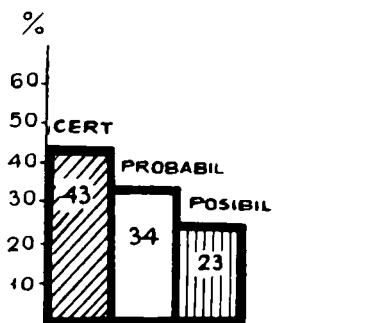


Fig. nr. 1: Dg. pozitiv de lombosciatică în lotul nostru (după criteriile lui Gross)

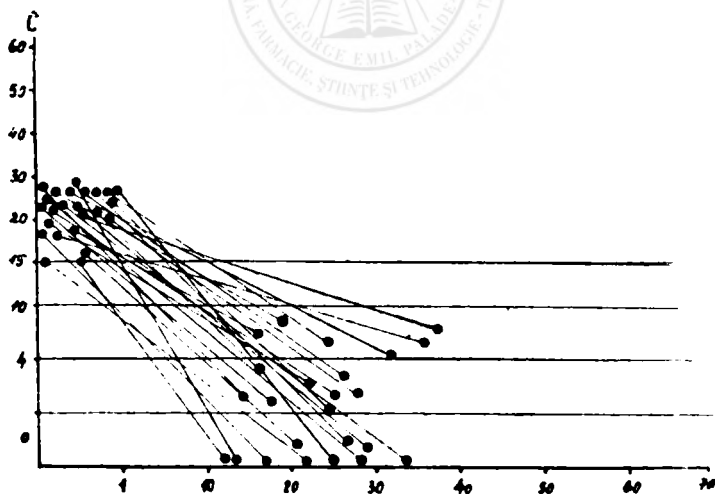


Fig. nr. 2 a: Evoluția cazurilor ușoare (cu coduri mici, între 15—25).
C = suma codurilor. Pe orizontală: zile de tratament

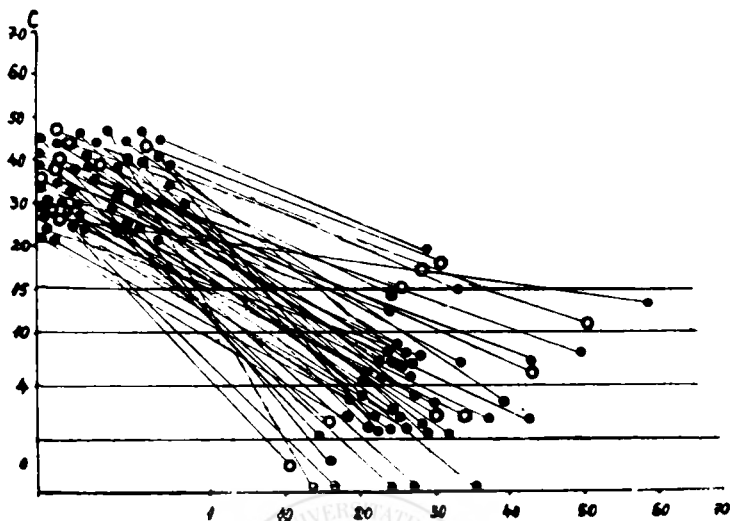


Fig. nr. 2. b: Evoluția cazurilor de gravitate medie (suma codurilor între 25—45). C = suma codurilor. Pe orizontală: zile de tratament. Cercurile albe = cazurile cu indicație operatorie, înainte și după tratament

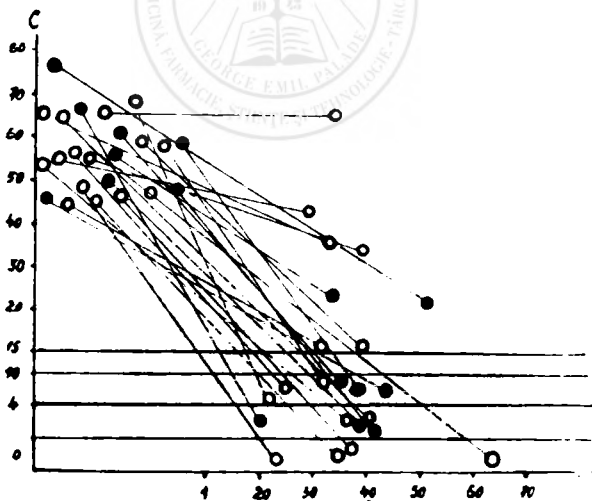


Fig. nr. 2. c: Evoluția cazurilor grave cu coduri înalte (45—). C = suma codurilor. Pe orizontală: zile de tratament. Cercurile albe = cazurile cu indicație operatorie

dente la 71 de cazuri, 20 din ele devenind asimptomatice, 19 au părăsit clinica doar cu semne subiective și vertebrale izolate, iar la 32 de cazuri au persistat o gamă mai largă de simptome, dar fără cele radiculare. Din cele 24 de cazuri cu indicație operatorie absolută, la 20 simptomele pe baza cărora s-a indicat operația au cedat.

Rezultate nesatisfăcătoare au prezentat 29 de bolnavi, care au avut la internare coduri mari, deci cazuri grave și o vechime a bolii de cel puțin un an.

Privind pur statistic succesul terapiei aplicate, aceasta a fost invers proporțională cu gravitatea și vechimea cazurilor. Situația este similară și în ce privește factorul timp: media zilelor de internare a cazurilor ușoare a fost de 23,4, a celor de gravitate medie de 26,9, iar cea a cazurilor grave de 34,1. Trebuie accentuat însă că, așa după cum reiese tot din fig. 2 B și C, am obținut rezultate *foarte bune și în cele mai grave forme*, dar perioada de tratament s-a prelungit în aceste cazuri la peste 30 de zile. Prin urmare, nu putem confirma acele păreri după care în cazul de insucces al tratamentului fizical de peste 30 de zile, fizioterapia ar trebui abandonată (2). În favoarea acestui fapt pledează ordinea de influențare a simptomelor: Laségue, contractura musculară, abolirea reflexului ahilian, pareza, rezistența cea mai mare fiind întimpinată la hipestezii și paresteziilor. A rezultat în mod clar că fizioterapia *poate* vindeca consecințele neuromotorii ale compresiunii radiculare, chiar și pe cele instalate cu mult timp înainte (în lotul nostru pînă la 1 an).

Analizînd rezultatele după *felul debutului* a reieșit că cele mai bune rezultate le-am obținut la cazurile recente (traumatice), *deci tocmai în acele cazuri în care și intervenția chirurgicală are cea mai bună eficacitate*. În legătură cu aceasta, trebuie accentuată necesitatea impusă de mult de către medicina de recuperare medicală a unei strînse colaborări între aceste două specialități.

În ceea ce privește metodele noastre de tratament, cele mai eficace au fost *impachetările umede în prima fază*, iar în cea de a doua *elongațiile subacvale*, care trebuie aplicate precoce și persistente. Elongațiile subacvale nu au fost urmate de incidente.

Bibliografie

1. CHATEL DE A.: Medicina internă (1968), 9, 1397; 2. * * * Medicina internă (1968), 5, 630; 3. GROSS D.: Folia Rheumatologica (Geigy), (1965), 1; 4. SÈZE DE S., A. RYCKEWAERT: Maladies de os et des articulations. Ed. Flammarion, Paris, 1967; 5. SHARUP K. A.: Late prognosis in lumbar disc herniation. Ed. Minksgaart, Kopenhaga, 1966.